46e Année. — N° 8. Vendredi 24 Février 1899.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale : De l'emploi de la radiographie dans la recherche des corps étrangers des tissus et des cavités, et lors de fractures, par le Dr L. Monnier, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph, p. 113. — **Bibliographie** : Leçons de clinique ophthalmologique, p. 114. — Les glycosuries non diabétiques. p. 115. — **Académie des sciences** : *Séance du 13 février. — Présidence de M. Van Tieghem.* — Sur l'infection typhique expérimentale chez le chien, p. 115. — Variation de l'acuité visuelle avec l'azimut. Modification de la section droite des cônes par l'accommodation astigmatique, p. 115. — Influence d'une légère traction sur l'excitabilité du nerf, p. 116. — **Académie de médecine** : *Séance du 21 février 1899. — Présidence de M. Panas*, p. 117. — **Société médicale des Hopitaux** : *Séance du 17 février 1899. — Présidence de M. Raymond.* — Affection spasmo-paralytique de l'enfance d'origine syphilitique probable, p. 117. — Analgés e trachéale profonde chez les tabétiques, p. 118. — Diagnostic bactériologique de la diphtérie, p. 118. — Méningite cérébraie à méningocoques avec septicémie, p. 118. — **Société médico-chirurgicale** : *Séance du 13 février* 1899, p. 119. — Thérapeutique cardiaque, p. 119. — **Société de chirurgie** : *Seance du 8 février* 1899. — *Présidence de M. S. Pozzi.* — Traitement de l'appendicite, p. 120. — Résection du coude datant de 28 ans. Autopsie, p. 120. — Ulcère de l'estomac, adhérences. Résection et suture. Guérison, p. 120. — Résection de la muqueuse rectale (30 centimètres) pour prolapsus rectal, p. 120 — Rupture du foie, Laparotomie. Guérison, p. 120. — Adhésions péricoliques. Libération, p. 120. — Kyste hydatique de l'extrémité supérieure de l'humérus, p. 121. — Appendicite. Opération. Guérison, p. 121. — *Séance du 15 février* 1899. — *Présidence de M. Pozzi.* — Tumeurs épiploïques, p. 121. — Traitement de l'appendicite, p. 121. — Corps étranger du vagin ayant séjourné 6 ans, p. 121. — *Séance du 22 février* 1899. — *Présidence de M. Pozzi*, p. 121. — Traitement de l'appendicite, p. 121. — Du masque de l'opérateur pendant l'opération, p. 122. — Amputation inter-scapulo thoracique, p. 122. — Luxation congénitale de la hanche ; réduction par le procédé de Lorenz, p. 122. — **Memento pratique**, p. 120. — **Variétés** : Les femmes médecins salernitaines, p. 122. — Les petits médecins des campagnes, p. 122. — **Nouvelles**, p. 127.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'emploi de la radiographie dans la recherche des corps étrangers des tissus et des cavités, et lors de fractures (1).

Par le Dr L. Monnier.
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

Nous avons l'honneur de vous présenter une série de six radiographies d'intérêt évidemment inégal, mais qui cependant méritent de passer sous vos yeux.

Voici d'abord deux photographies d'une pièce de monnaie arrêtée dans l'œsophage, au niveau de la jonction des 3e et 4e vertèbres dorsales, chez un enfant de 5 ans, et que nous avons extraite par l'œsophagotomie externe : l'enfant a parfaitement guéri. Cette observation ayant été communiquée à l'Académie de médecine, nous n'y insisterons pas. Bornons-nous à ajouter qu'au courant de nos lectures, nous avons trouvé, dans la *Revue de Rhinologie*, un cas fort analogue publié dans le *Brit. med. journ.*, du 12 mars 1898. Un enfant de 4 ans fut pris subitement d'hématémèse très abondante : il était pâle, somnolent, les extrémités froides, le pouls à 127; le soir, nouveau vomissement de sang, et un troisième, le lendemain, qui l'enleva. Six mois auparavant, il avait avalé un sou et se plaignait de douleur parfois très aiguë à droite, paraissant après la déglutition : il n'avait eu, pendant ce temps, ni vomissements ni melena. A l'autopsie on trouva le sou fixé dans l'œsophage, à 25 mill. au-dessous de la crosse aortique placé verticalement et transversalement, comme dans notre cas, et ayant ulcéré l'œsophage jusqu'à l'aorte inclusivement à gauche : là un trou apparaissait admettant une grosse sonde cannelée. Il avait vécu 10 heures avec cette ulcération.

Ces différents faits et un autre rapporté par M. Félizet dans le *Traité de Pédiatrie* de M. Grancher prouvent que des corps étrangers assez volumineux peuvent rester dans l'œsophage sans que la déglutition des liquides soit notablement gênée.

L'observation de perforation de l'aorte citée plus haut nous rappelle une fillette dont nous avons également parlé dans notre communication à l'Académie et dont le dessin que voici montre l'œsophage et les organes adjacents. Cette enfant avait avalé la partie métallique d'un bouton qui était venue se placer, horizontalement, toujours au même point : l'œsophagotomie externe ne permit pas de trouver le corps étranger par suite d'un repli de la muqueuse le cachant; la mort survint et l'autopsie montra l'existence d'une perforation de l'œsophage avec altération de la lame pulmonaire correspondante ; si l'enfant avait vécu plus longtemps, il se peut fort bien que l'aorte elle-même se fût ulcérée.

Il n'est pas de praticien qui n'ait été aux prises avec les difficultés de la recherche des aiguilles dans la main, surtout au niveau du carpe et du métacarpe.

Le 5 août dernier, une jeune fille, de 18 ans, s'enfonce, dans le dos de la main, une aiguille oubliée dans son oreiller : cette aiguille se casse : elle en retrouve la moitié. Elle voient à l'hôpital Saint Joseph où l'interne de garde, constatant un point rouge au niveau du 4e métacarplen, fait une incision, mais ne trouve rien. Comme la malade continuait à souffrir, 3 jours après il fait une seconde recherche, également inutile.

Le 12 octobre, nous voyons cette jeune fille ; elle a conservé de l'engourdissement du bras et de l'avant-bras, et un léger œdème de la face dorsale du métacarpe : de plus,

(1) Communication à la Société médicale du VIIe arrondissement.

elle ne peut se servir de la main pour travailler et s'habiller : on ne sent rien à la palpation, mais la radiographie, faite par le Dr Laran montre, ainsi que vous pouvez le voir, une pointe d'aiguille de 15 mill. de long, placée dans la moitié inférieure du 3e espace interosseux et à peu près parallèlement aux métacarpiens. Il est impossible, comme toujours, de savoir si elle est en avant ou en arrière du gril métacarpien. L'anamnèse nous conduit à opiner pour la face postérieuse.

Après lavages antiseptiques et cocaïnisation, nous faisons une incision de 2 cent, sur le trajet présumé de l'aiguille, couche par couche et prudemment jusques et y compris l'interosseux dorsal : rien. La sensibilité devenant assez vive, nous donnons du chloroforme et plaçons la bande d'Esmarch. Nous agrandissons alors un peu l'incision par en haut en y comprenant le tendon de l'extenseur commun et nous apercevons un point noir : c'est l'aiguille placée non plus parallèle, mais perpendiculaire par rapport aux métacarpiens.

Cette importante modification de direction, qui a rendu la recherche de cette aiguille si difficile, doit se produire assez fréquemment : elle a été occasionnée, selon nous, par les instruments (bistouri et pince à disséquer) dont nous nous sommes servis cependant avec beaucoup de précautions.

C'est peut-être ce qui a eu lieu chez une autre malade, dont voici les radiographies, faites celles-ci il y a deux ans, dans le laboratoire de la *Médecine moderne*.

Il s'agit d'une femme qui s'était enfoncé une aiguille dans la paume de la main ; on la voit en effet sur ce premier cliché perpendiculaire à la diaphyse du 4e métacarpien. Après cocaïnisation et profitant d'une petite plaie faite par un pharmacien, nous faisons une incision pareille au métacarpien, pensant pouvoir par l'écartement des bords arriver sur l'aiguille : peine inutile. Nous pratiquons alors une seconde incision perpendiculaire à la première, sur le trajet présumé de l'aiguille, et cela jusqu'au métacarpien résultat négatif, malgré des recherches prolongées. Cicatrisation rapide. Nous faisons faire cette seconde photographie, et pour bien repérer nos incisions, nous y plaçons deux fils métalliques fixés par du diachylon. Il est aisé de voir que notre seconde incision est passée mathématiquement sur le trajet de l'aiguille, mais celle-ci a fui vers le bord cubital de la main, poussée sans doute par notre pince, à moins que ce déplacement ait eu lieu pendant les deux ou trois jours nécessaires au tirage de la photographie.

Nous perdîmes de vue cette malade du reste peu gênée par ce fragment d'aiguille. Quant à la jeune fille, la cicatrisation fut également rapide, mais la névrite ne disparut que lentement, et ce n'est qu'au bout d'un mois qu'elle reprit ses occupations.

Enfin, Messieurs, voici une sixième radiographie faite par le Dr Laran, pour nous permettre d'établir d'une façon positive l'existence ou l'absence d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Il s'agit d'un jeune homme de 14 ans. qui, dans le courant d'octobre, fit une chute sur la main droite : douleur vive du poignet, gonflement avec déformation et impotence ; va voir une rebouteuse qui, comme toujours, prétend lui remettre quelque chose et le masse ; vient nous voir au bout d'un mois, la main est un peu déjetée vers le bord radial, le poignet est peu gonflé, mais il existe un empâtement assez considérable, douloureux, autour de l'extrémité inférieure du radius surtout sur la face antérieure. Les mouvements provoqués au poignet sont douloureux ; les mouvements spontanés sont très limités également par la douleur.

En présence de ces symptômes, nous opinons volontiers vers une simple entorse avec arthrite consécutive ; cependant nous ne rejetons pas absolument l'idée d'une fracture épiphysaire. Aussi, pour trancher la difficulté, envoyons-nous ce jeune homme se faire radiographier, tout en lui prescrivant un massage journalier de 20 minutes et des bains de mains sulfureux, ce malade ayant hâte de retourner à son travail.

Il revient au bout de huit jours, le changement est absolument remarquable, l'empâtement a complètement disparu les mouvements ont presque leur amplitude habituelle, la situation de la main est normale, la radiographie qu'il nous présente n'a, comme vous le voyez, aucun trait indiquant une fracture ancienne. Ce jeune homme, chez lequel, par parenthèses, le massage a fait merveille, pouvait donc désormais se livrer à ses occupations sans craindre de déformation consécutive.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique ophthalmologique, professées à l'Hôtel-Dieu par M. le professeur Panas, recueillies par le Dr Castan, de Béziers, un vol. in-8, 323 p. Paris, Masson et Cie, 1899.

M. Castan a eu la très heureuse idée de recueillir une partie des leçons que M. Panas professe chaque semaine et d'en faire un choix très judicieux. Laissant provisoirement de côté celles qui avaient un caractère plutôt doctrinal, spéculatif en quelque sorte, il s'est appliqué à réunir les leçons d'un caractère essentiellement pratique et à les classer d'une manière logique. Ces leçons portent sur toutes les parties du système de la vision et sont réunies par organes : paupières, conjonctive, voies lacrymales, etc., mais on aurait tort de chercher là une étude dogmatique des maladies. C'est une suite d'observations vivement prises, de petits tableaux dans lesquels chaque malade apparaît avec ses caractères les plus saillants et à propos desquels M. Panas s'applique surtout à montrer les éléments du diagnostic et à donner les indications du traitement. C'est une série de tableaux vivants qui défilent d'une façon rapide, lestement troussés, en pleine lumière, illustrant tout le champ de la pathologie oculaire.

Ces pages, fort claires, comme le sont toujours les œuvres de M. Panas, sont d'une lecture très agréable et en même temps fort utile et tout le monde peut en tirer grand profit.

A. Chevallereau.

Les glycosuries non diabétiques, par GERMAIN ROQUE, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Lyon.

A côté de la glycosurie normale qui se traduit par l'existence en très faible quantité du sucre dans les urines, à côté des glycosuries passagères, mais bien connues, qui se produisent à la suite des causes les plus variées et particulièrement à la suite des intoxications, il y a des glycosuries plus importantes, plus durables qui peuvent en imposer pour le diabète.

Pour les uns, ces glycosuries ne sont que le symptôme d'un diabète bénin, décrit sous divers noms, diabète intermittent, diabète abortif, diabète decipiens. S'agit-il du diabète vrai ou d'une glycosurie pathologique sans doute, mais ne participant pas de la nature du diabète? Telle est la question que M. Roque résout par l'affirmative, et démontre en exposant les traits de ces glycosuries non diabétiques.

Rien ne fait d'abord prévoir l'existence du sucre dans l'urine, il n'y a pas de polydipsie, pas de polyurie, ni de polyphagie. La glycosurie ne semble être ici qu'un épiphénomène dans l'état morbide ou diathésique qui a engendré l'exagération pathologique de la glycosurie normale. Cette glycosurie disparaît avec la plus grande facilité, soit sous l'influence du traitement, soit spontanément, selon les modifications de la maladie qui a provoqué son apparition. Seule l'élimination du sucre par l'urine est commune au diabète et à ce groupe de glycosuries. Voilà une notion nouvelle différente de celle qui faisait un diabète de toute glycosurie persistante. La glycosurie était le phénomène capital du diabète, entraînant par un mécanisme spécial la polyurie, la polydipsie, puis les autres déperditions de l'organisme. Entre le diabète qui se manifeste par les symptômes cardinaux et celui qui ne se traduit que par la glycosurie, il n'y avait qu'une question de degré, le premier étant grave, le second bénin. Mais cette distinction est apparue sous un nouveau jour, lorsqu'on a vu les symptômes graves persister et le diabète, évoluer malgré la disparition ou l'absence du sucre dans les urines. Il s'est passé un fait analogue pour les albuminuries qu'on a d'abord considérées comme l'indice constant d'une lésion rénale, le synonyme d'une néphrite. On a dès lors connu l'existence d'albuminuries dyscrasiques ou mécaniques en dehors de toute lésion rénale.

En ce qui concerne le diabète et la glycosurie, la question est plus difficile à étudier et cela tient à ce que le diabète n'a pas de lésion caractéristique. Aujourd'hui le terme de diabète sucré implique l'existence non pas d'une simple glycosurie sans conséquence pour l'état général, mais d'une maladie ayant ses symptômes et ses accidents bien définis, compromettant gravement les fonctions de l'organisme et créant de par son évolution une déchéance graduelle et fatale; en résumé, selon l'expression de M. Roque, le diabète est une maladie autonome, distincte des glycosuries qui peuvent même prendre, à un examen superficiel, le masque diabétique. On trouvera dans ce petit volume l'histoire des cas où le sucre se montre dans l'urine en petite quantité, de façon plus ou moins durable, souvent passagère, sans développement de troubles notables de la nutrition ou comme symptôme d'une maladie bien définie. Ce que l'auteur fait ici, c'est surtout un chapitre de diagnostic clinique entre le diabète et les glycosuries qui peuvent se signaler par leur persistance. Toutes ces glycosuries ont pour caractère commun d'être secondaires et symptomatiques. En recherchant les facteurs étiologiques de ces glycosuries, M. Roque a été amené à distinguer quatre variétés qu'il étudie dans ce volume, à savoir : la glycosurie intermittente des arthritiques, les glycosuries digestives, les glycosuries nerveuses et la glycosurie puerpérale. Un chapitre très documenté sur le traitement achève de faire de cette monographie une étude très précieuse pour le praticien. L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 février. — Présidence de M. VAN TIEGHEM.

Sur l'infection typhique expérimentale chez le chien. — MM. R. LÉPINE et B. LYONNET.

Variation de l'acuité visuelle avec l'azimut. Modification de la section droite des cônes par l'accommodation astigmatique. — M. ANDRÉ BROCA. Ayant entrepris, il y a quelques mois, une série d'études sur l'acuité visuelle, je fus conduit à employer le test objet le plus simple, c'est-à-dire des traits noirs sur fond blanc, disposés tant pleins que vides. Les traits noirs sont découpés au canif, et l'objet placé dans la chambre noire est éclairé par devant. C'est le meilleur procédé pour avoir des traits d'un noir absolu. Cet objet est découpé assez grand, pour la facilité de la construction, et un objectif photographique en donne une petite image placée sur la verticale du zéro d'un banc d'optique. Un support ordinaire se meut sur ce banc et porte un tube oculaire dont on applique la tranche sur l'orbite pour fixer l'œil. On écarte l'œil en le maintenant contre le tube oculaire et, au moment où l'on cesse de distinguer les traits noirs sur fond blanc, on note la distance lue au moyen du repère du support. L'inverse de cette distance est proportionnel à l'acuité visuelle.

On détermine ainsi l'acuité visuelle à 2 ou 3 pour 100 près. J'ai trouvé que mon acuité visuelle pour les traits verticaux était de 20 pour 100 plus faible que pour les traits horizontaux.

J'ai alors poussé cette étude plus loin, en étudiant la variation de l'acuité suivant l'azimut des traits à distinguer.

Pour expliquer les différences trouvées, deux hypothèses sont à examiner. L'une est une variation suivant l'azimut du diamètre de l'élément anatomique de la rétine. Nous savons en effet que, d'après les idées reçues et bien vérifiées sur ce sujet, on cesse de percevoir un détail déterminé, quand la grandeur de son image rétinienne est inférieure au double du diamètre d'un élément sensible de la rétine.

L'autre hypothèse est une variation de la grandeur de

l'image rétinienne due à l'astigmatisme de l'œil. Examinons celle-ci d'abord.

Soit un œil astigmate ; nous le corrigeons avec une lentille cylindrique placée aux environs du foyer antérieur de l'œil. On sait que, dans ce dernier cas, et pour un système sphérique, on ne modifie pas la distance focale du système, qui reste la même qu'avant la correction, mais qu'on déplace seulement la position du foyer. La grandeur de l'image finale est donc la même avant ou après interposition du verre ; mais, dans le second cas, elle est sur la rétine.

Ce que nous venons de dire peut se répéter pour chacun des méridiens d'un œil astigmate. Après correction, les rayons issus d'un point sont homocentriques sur la rétine, mais les distances focales dans les divers azimuts sont les mêmes qu'avant la correction. Ceci est exact, à des quantités négligeables près, dans le cas de mon œil qui a 1,75 dioptrie d'astigmatisme. Considérons donc un trait d'épaisseur déterminée ; la grandeur de l'image rétinienne de cette épaisseur sera d'autant plus petite que la courbure du méridien correspondant de l'œil sera plus grande. Si donc les traits examinés sont parallèles au méridien de plus faible courbure, l'épaisseur de leur image rétinienne sera plus petite que dans toute autre position, et l'acuité correspondante sera minimum.

Cela est aisément vérifiable pour les astigmates d'environ 1, 5 dioptrie. Ceux-ci peuvent voir nettement, soit avec leur verre correcteur, soit sans verre correcteur. Dans ce cas, le cristallin accommode irrégulièrement et compense l'astigmatisme cornéen. La correction, se faisant par deux surfaces très voisines, est alors complète, et l'on voit facilement que ce qui semble un carré pour l'œil corrigé par une lentille cylindrique devient pour l'œil nu un rectangle allongé parallèlement à la faible courbure.

L'expérience est contraire à notre première hypothèse, car le maximum d'acuité a lieu précisément pour les lignes parallèles au méridien de plus faible courbure. Examinons donc la seconde.

Nous pouvons interpréter aisément les résultats de l'expérience. En effet, la connaissance des distances mesurées pour l'évanouissement des traits noirs et celle de l'astigmatisme pour l'azimut considéré permettent de connaître l'épaisseur des images des traits lumineux sur la rétine. On peut porter sur le papier, à partir d'un centre, des droites d'inclinaison voulue, et à des distances du centre proportionnelles aux épaisseurs ainsi calculées. On aura, en prenant l'enveloppe de toutes ces droites, ce que j'appelle *la forme fonctionnelle de l'élément rétinien*. Nous allons voir en effet que ce n'est pas la forme géométrique même de cet élément. Pour mon œil droit, la forme fonctionnelle est un rectangle peu allongé parallèlement au méridien de plus faible courbure, et dont les côtés auraient pris une légère convexité. Il y a donc deux maximums d'acuité, dans les deux sections principales de l'œil, le plus grand ayant lieu pour les traits parallèles à faible courbure, et deux minimums correspondant aux diagonales du rectangle.

Or Helmholtz a montré que, au moment de disparaître, l'image d'un fil fin prenait la forme d'une ligne brisée indiquant nettement la forme hexagonale des éléments rétiniens.

Nous allons montrer que cela n'est pas contraire à ce qui précède.

En effet, Charpentier a établi expérimentalement que tout objet, quel que soit son éclairage, n'est plus vu quand ses dimensions sont assez petites.

Donc une ligne blanche dudit objet impressionnera un élément quand elle aura formé avec son contour une aire de surface constante, pour un éclat déterminé de cette ligne blanche. Donc la forme réelle de l'élément s'obtiendra en menant un contour qui forme, avec chacune des droites que nous avons mises en position sur le papier, une aire de surface constante.

Ce problème se discute aisément par le calcul. On voit immédiatement qu'on ne peut avoir une ligne à courbure régulière, car avec une telle ligne les angles de la courbe fonctionnelle ne seraient pas compréhensibles. La forme géométrique est donc une ligne brisée. La géométrie élémentaire montre que la courbe dont la tangente fait avec deux droites fixes un triangle d'aire constante est une hyperbole ayant les droites fixes pour asymptotes. En employant ce résulta., on voit que la seule forme géométrique du contour d'un élément rétinien compatible avec sa forme fonctionnelle, est celle d'un hexagone allongé dans le sens du méridien de plus faible courbure.

L'interprétation de ce fait me semble devoir être la suivante : l'œil astigmate qui fonctionne sans verre correcteur accommode irrégulièrement, la tension du muscle ciliaire étant plus forte sur le méridien de plus faible courbure. Les membranes de l'œil ne sont donc plus isotropes, et il est probable que les éléments anatomiques subiront une déformation correspondante. Dans le cas de mon œil droit, cela se vérifie bien. Il n'est en effet corrigé que depuis peu d'années ; il avait fonctionné jusque-là fort bien, grâce à une accommodation irrégulière. Mon œil gauche, au contraire, qui a 4,25 dioptries d'astigmatisme, pour lequel toute accommodation irrégulière était inutile avant correction, ne présente aucune variation notable de son acuité visuelle avec l'azimut. Deux personnes douées, l'une d'un faible astigmatisme, l'autre d'une trace d'astigmatisme seulement, m'ont accusé toutes deux une différence notable d'acuité envers les verticales et les horizontales. Je ne les ai pas soumises à l'examen complet qui exige des mesures très nombreuses et très fatigantes.

Outre le côté théorique que je viens de faire ressortir, il est un côté pratique à la question : c'est que, pour faire les meilleurs pointés possibles sur un croisement de fils de réticule, il est bon d'incliner les fils suivant les méridiens principaux d'astigmatisme, même quand cet astigmatisme est très faible.

Influence d'une légère traction sur l'excitabilité du nerf. — M. G. Weiss. On a démontré, par un grand nombre d'expériences, qu'une traction exercée sur un muscle augmente l'excitabilité de ce muscle. C'est ainsi, par exemple, qu'un muscle légèrement chargé donne pour une même excitation, une secousse plus haute qu'un muscle entièrement libre.

Ce phénomène joue un rôle très important dans les théories de la contraction musculaire qui ont été émises depuis quelques années ; il y avait lieu de se demander comment une traction agit sur l'excitabilité du nerf.

Pour cela, je coupai la patte d'une forte grenouille au niveau du genou, en respectant le nerf sciatique. Ce nerf isolé avec soin, en évitant toute traction, fut lui-même coupé à la partie supérieure de la cuisse, et la préparation placée sur le haut d'un tube en verre dans l'intérieur du-

quel pendait le nerf, le pied tourné vers le haut et la section du membre reposant directement sur le bord supérieur du tube. Les parois de ce tube étaient mouillées pour maintenir autour du nerf une atmosphère humide et le préserver ainsi de toute dessiccation. Avant de mettre la préparation en place, j'avais fixé dans le nerf, au voisinage de l'extrémité coupée, un petit crochet en fil de platine de 1/10 de millimètre de diamètre, par conséquent très léger, et muni d'un long prolongement prenant contact dans un bain de mercure. Le nerf était écrasé à la pince à une certaine distance du crochet de platine pour éliminer les irritations locales pouvant se produire au contact de ce crochet. Comme excitation, je me servais de la décharge d'un condensateur dont les armatures étaient reliées l'une au bain de mercure, l'autre à un point quelconque de la patte. Pour reconnaître les moindres indices de la contraction, le gastrocnémien était détaché au tendon d'Achille et fixé à un myographe isotonique.

L'expérience étant ainsi disposée, on réglait le potentiel de charge du condensateur de façon à se trouver au seuil de l'excitation, puis on en augmentait l'intensité jusqu'à avoir une secousse très nette. Si en ce moment, on suspendait au fil de platine un poids d'environ 0 gr. 8 toute secousse disparaissait, pour renaître avec sa grandeur première aussitôt que l'on enlevait le poids tenseur, et ainsi de suite. Cette expérience répétée sur diverses grenouilles ne laisse aucun doute : une traction exercée sur le nerf diminue l'excitabilité de ce nerf.

Mais il y a lieu de se demander si c'est réellement l'excitabilité du tronc nerveux qui est affaiblie ou si la légère traction exercée sur le nerf a rendu la transmission de l'excitation du nerf au muscle plus difficile, si l'on peut admettre, par exemple, qu'il y a un petit décollement passager des plaques terminales.

Il me semble que cette dernière hypothèse doit être absolument rejetée. En effet, les filets nerveux suivent en passant dans le muscle un trajet trop sinueux pour qu'une légère traction puisse se propager ainsi jusqu'aux plaques. En second lieu, il semble résulter clairement de travaux récents, en particulier de ceux d'Apathy, que la plaque motrice n'est pas la terminaison périphérique du nerf. Il paraît certain que les fibrilles du cylindre axe se prolongent à travers la plaque motrice et se ramifient dans les fibres musculaires en s'anastomosant avec les fibrilles provenant de plaques voisines. Il n'y aurait ainsi, à proprement parler, pas de terminaisons nerveuses, le muscle contenant un véritable réseau dont les mailles seraient constituées par les fibrilles ayant passé à travers les diverses plaques motrices. Dans ces conditions il ne peut plus être question de décollement des plaques, et l'affaiblissement de l'excitabilité produit par une légère traction exercée sur un nerf doit être attribué uniquement à une action directe produite sur le tronc nerveux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 *février* 1899. — *Présidence de* M. PANAS.

La CORRESPONDANCE comprend un travail intitulé « prophylaxie des maladies évitables guide pratiquée à l'usage des instituteurs et secrétaires des mairies ».

A l'occasion de la mort de M. Félix Faure, président de la République, M. le président propose de lever la séance en signe de deuil.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 *février* 1899. — *Présidence de* M. RAYMOND.

Affection spasmo-paralytique de l'enfance d'origine syphilitique probable. — MM. BARBIER et MALLY présentent un malade soigné depuis huit mois à la consultation de l'hôpital Bichat. C'est un enfant de douze ans et demi, né à terme sans accident obstétrical ; il est le dernier né d'une famille de quatre enfants dont le premier est aujourd'hui âgé de vingt-et-un ans et bien portant; le second est mort à deux mois et demi de méningite ; le troisième, mort à cinq ans de convulsions, était épileptique depuis sa naissance. Le sujet présent, bien conformé à sa naissance, n'a pu marcher qu'à l'âge de trois ans et d'une façon défectueuse, comme il marche encore aujourd'hui.

La *démarche* est spasmodique et vacillante. La *parole* est saccadée et monotone. Les *yeux* présentent du nystagmus, lorsque les globes oculaires sont fixés en position extrême ou lorsque le malade écrit ; l'écriture est tremblée. Le fond de l'œil présente des altérations choroïdiennes anciennes dues à la myopie.

Les réflexes rotuliens sont exagérés, les réflexes cutanés et la sensibilité sont conservés, il n'existe nulle part de paralysie partielle. L'absence de rigidité permanente au repos, les troubles de la vue et de la parole, l'absence de traumatisme obstétrical, écartant l'idée d'une maladie de Little pure.

Les auteurs émettent l'hypothèse d'une méningo-encéphalite syphilitique, à foyers disséminés, qui aurait déterminé l'arrêt du développement du faisceau pyramidal.

Les accidents spécifiques peuvent être soupçonnés : 1° par les traces de choroïdite que présente ce malade (?) 2° et par l'histoire familiale qui nous montre ceci: premier enfant bien portant, un deuxième mort à deux mois de convulsions, un troisième mort à cinq ans épileptique et enfin le malade actuel.

La mère paraît indemne, l'hérédité serait paternelle.

M. GILLES DE LA TOURETTE. M. Moncorvo a relaté plusieurs exemples de sclérose en plaques chez l'enfant. Or, la critique de ces observations a montré qu'il s'agissait d'hérédo-syphilitiques chez lesquels les lésions cérébrales et médullaires avaient pu, jusqu'à un certain point, simuler les phénomènes de la sclérose en plaques. Celle-ci est très rare chez l'enfant, et étant donnée la polyléthalité signalée dans la famille de cet enfant, j'inclinerais volontiers vers le diagnostic d'hérédo-syphilis particulièrement localisée sur le bulbe et la moelle épinière. J'ajoute qu'il existe des lésions très nettes du fond de l'œil (?) et que l'affection est nettement régressive, car le sujet depuis deux ans s'est amélioré considérablement. C'est du syndrôme de Little que le cas actuel se rapproche le plus, d'autant qu'avec M. le professeur Fournier nous avons montré la fréquence de l'hérédo-syphilis dans l'étiologie des affections spasmodiques infantiles.

M. Raymond. La syphilis doit être fortement suspectée dans ce cas. Je pense qu'il ne s'agit ni d'une sclérose en plaques, ni d'une maladie de Little, mais bien plutôt d'une maladie de Friedreich incomplète (variété cérébelleuse), et cela en raison surtout de la conservation de l'intelligence et de la force musculaire et de la démarche ataxo-cérébelleuse.

Analgésie trachéale profonde chez les tabétiques. — M. A. Sicard. Si, chez un sujet sain dont on a fléchi légèrement la tête, on percute, ou surtout si on comprime légèrement avec le doigt la trachée au-dessous de l'anneau cricoïdien, et directement sur la ligne médiane, on provoque une sensation d'angoisse très douloureuse très particulière avec irradiations également pénibles, se faisant tantôt des deux côtés de la région cervicale, tantôt se propageant du côté du médiastin, tantôt, au contraire, remontant vers la base de la langue. Ces phénomènes angoissants, qui peuvent, dans certaines circonstances aller jusqu'à la lipothymie et la syncope, comme en témoignent les faits de Brouardel et de Minarici sont vraisemblablement dus à l'excitation par compression du plexus pré-trachéal pneumosympathique.

Or, dans quelques maladies du système nerveux, chez un certain nombre de tabétiques, de paralytiques généraux et d'ystériques, observés dans le service de M. le professeur Raymond, nous avons pu constater une analgésie trachéale profonde absolue ; la compression pré-trachéale ne révélait chez les malades aucune sensation angoissante.

Ce sont là des faits à rapprocher des autres anesthésies ou analgésies viscérales que l'on peut rencontrer chez les tabétiques et qui doivent prendre place à côté des analgésies testiculaires et épigastriques et des anesthésies de la vessie et du rectum.

Diagnostic bactériologique de la diphtérie. — MM. Méry et Bonus. Dans le diagnostic bactériologique de la diphtérie, il faut se préoccuper de deux choses, d'abord du diagnostic positif de diphtérie, d'autre part du diagnostic des associations.

En ce qui concerne le diagnostic positif de la diphtérie, les frottis peuvent donner des renseignements plus rapides ; mais, au point de vue de la précision du diagnostic, la culture sur sérum, à cause de la sélection qu'elle opère. reste le procédé de choix.

L'examen direct des fausses membrane donne, en ce qui concerne les fausses membranes trachéales, des renseignements d'une assez grande précision. Il fournit également des résultats intéressants en ce qui concerne les fausses membranes amygdaliennes, mais l'interprétation en est beaucoup plus délicate, par suite du plus grand nombre de germes qu'on y rencontre.

Au point de vue de l'étude des associations microbiennes l'examen direct s'est montré très supérieur aux cultures sur sérum, qu'on a l'habitude d'employer presque exclusivement.

Certains microbes ne poussent pas sur sérum, d'autres très mal. Le pneumocoque pousse presque toujours inaperçu, c'est ce qui explique le silence relatif à cette variété d'association.

Le streptocoque, même virulent, y pousse mal, quelquefois ne pousse pas du tout. Dans certains des cas de streptodiphtérie que nous rapportons, la culture sur sérum n'avait pas permis ce diagnostic.

Les renseignements fournis par les frottis et les coupes sont souvent d'une interprétation délicate ; dans les cas difficiles on est obligé d'avoir recours aux cultures sur agar-agar et à la recherche de la virulence de germes isolés. Théoriquement, d'ailleurs, pour pouvoir reconnaître la valeur pathogène des germes associés, il faudrait toujours rechercher leur virulence. En pratique, au moins dans certains cas, on peut avoir des preuves indirectes de cette virulence de microbes associés, d'une part, par l'allure de la maladie elle-même, d'autre part, par la topographie et la quantité de microbes de la fausse membrane.

La présence des microbes dans les fausses membranes de la trachée, l'envahissement des parties profondes des fausses membranes amygdaliennes sont des preuves indirectes de virulence.

Méningite cérébrale à méningocoques avec septicémie. — MM. Triercelin et Rosenthal. Un malade de trente-neuf ans, entre le 16 janvier dans le service de M. le prof. Hayem, se plaignant surtout de fatigue, d'amaigrissement, de toux, sans fièvre. On porte le diagnostic de bronchite aiguë chez un malade atteint de tuberculose au début ; on constate, de plus, une hémianesthésie sensitivo-sensorielle qu'on attribue à l'hystérie. Six jours après des symptômes de méningite commencent à apparaître ; c'est d'abord un délire calme et tranquille, sans fièvre, puis l'intelligence s'obscurcit, la fièvre s'allume, la raideur de la nuque apparaît, ainsi qu'une paralysie faciale gauche transitoire. En deux jours les symptômes se complètent et le malade meurt dans le coma le 24 janvier.

A l'autopsie, on trouve une méningite cérébrale caractérisée par l'existence d'un pus épais de couleur jaunâtre, recouvrant toute la convexité de l'encéphale ; à la base, congestion intense avec quelques plaques purulentes disséminées. L'examen de la moelle et des méninges rachidiennes reste négatif. Dans le pus des méninges et dans le sang du bras, pris pendant la vie, nous avons trouvé un diplocoque lancéolé, encapsulé, prenant le Gram, avec tous les caractères morphologiques du méningocoque. Les cultures obtenues avec le microbe présentent l'aspect décrit par les auteurs comme lui appartenant.

Sur les lamelles faites avec le pus des méninges, les microbes existaient en dehors des leucocytes, et d'autres étaient manifestement intra-cellulaires. Parmi ces derniers les uns restaient colorés au Gram, d'autres étaient décolorés mais il était manifeste que le microbe extra-cellulaire et le microbe intra-cellulaire appartenaient à la même espèce.

En culture anaérobie, le microbe pousse difficilement, et prend des formes de chaînettes à grains irréguliers déformés.

Les inoculations pratiquées aux animaux ont montré que le microbe rencontré dans ce cas était extrêmement virulent.

Les auteurs qui ont étudié le microbe de la méningite cérébro-spinale sont partagés en deux opinions : Pour les uns c'est une variété de pneumocoque (Netter), pour d'autres c'est un microbe spécial. Sans prendre parti dans ce débat, nous n'avons pu nous empêcher d'être frappés des différences profondes qui séparent le microbe étudié du pneumocoque de Talamon. Par certains caractères, il se rapproche du streptocoque et nous serions tentés d'en faire une espèce indépendante, tenant le milieu entre ces deux espèces microbiennes.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

Séance du 13 février 1899.

M. Gautrelet donne lecture d'un mémoire sur le sérum prétuberculeux hyperacide.

M. Cazaux. Tout en voyant avec le plus grand intérêt les expérience de M. Gautrelet, je reste un peu sceptique au point de vue pratique, et j'attends les résultats cliniques. Je crois savoir que le sérum de Maragliano va être expérimenté dans un hôpital de Paris.

M. Gautrelet. Notre sérum est aussi inoffensif que celui de Maragliano, il est sans danger et beaucoup plus facile à préparer.

M. Ribard. Pourquoi cherchez-vous à acidifier l'organisme, puisque normalement le sang est alcalin, et s'il devient acide dans la maladie,il retrouve son alcalinité quand le malade s'améliore?

M. Gautrelet. Le sang n'est alcalin qu'en apparence. En réalité il est acide; la preuve, c'est qu'il contient de l'acide carbonique. S'il était alcalin, cet acide carbonique ne pourrait pas exister; il se combinerait aux bases.

D'autre part, j'ai vu dans des recherches que j'ai faites avec M. Burlureaux des tuberculeux s'améliorer en s'acidifiant. Les toxines sécrétées par le bacille de Koch sont différentes suivant qu'elles se produisent en milieu acide ou en milieu alcalin. Je suis d'avis que la créosote, la suralimination augmentent l'acidité des milieux organiques.

Thérapeutique cardiaque. — M. Huchard. Comme conclusion à notre discussion sur l'hypertension et l'hypotension artérielle, et à mes communications antérieures sur ce sujet, il faut arriver à formuler une thérapeutique pratique.

Le cardiaque est un malade qui a besoin de repos. *Repos du corps, repos de l'esprit, repos de la pharmacie*, telle est la triple alliance qui peut donner la paix au cœur.

Avec l'hygiène et le régime alimentaire, on résout en grande partie le problème de la cardiothérapie, l'*adaptation* (bien différente de la compensation) du cœur périphérique au cœur central, et réciproquement.

Après un rhumatisme articulaire aigu, lorsqu'une affection valvulaire est constituée, il y a *lésion* d'orifice, mais il n'y a pas encore *maladie de cœur*. A cette période où la lésion, cependant réelle, ne produit aucune perturbation circulatoire, la thérapeutique n'a rien à faire. Seuls l'hygiène et le régime alimentaire doivent intervenir, car c'est la période d'*eusystolie*, de compensation, comme on dit couramment. Mais cette compensation ne se fait pas seulement du côté du cœur, elle se fait dans tous les organes au moyen du phénomène de l'*adaptation*. Les organes s'adaptent à la lésion cardiaque. Ainsi le rétrécissement mitral pur peut rester longtemps à l'état latent parce que « le cœur étant réglé pour un faible travail » le système artériel tout entier finit par s'adapter à un petit cœur.

A la faveur de la sténose auriculo-ventriculaire, il passe peu de sang dans le ventricule qui se rétracte et s'atrophie; par conséquent, peu de sang dans l'arbre aortique dont le calibre diminue. Le retentissement de la lésion sur le poumon est ainsi longtemps ajourné.

Dans le rétrécissement aortique juvénile, le ventricule gauche peut ne pas s'hypertrophier d'abord, l'adaptation se fait dans tout le système artériel.

Dans les insuffisances valvulaires, mitrales en particulier, l'adaptation se fait dans les organes qui résistent plus ou moins aux poussées congestives qui les menacent. Un foie, un rein, un estomac normaux résisteront mieux que le foie d'un alcoolique, le rein d'un graveleux, l'estomac d'un dyspeptique ou le poumon d'un bronchitique.

Pour les affections valvulaires de l'aorte, l'adaptation se fait dans la grande circulation, dans tout l'arbre artériel. Pour les affections mitrales, l'adaptation a son siège dans la petite circulation. Dans les premières, la compensation porte sur le ventricule gauche; dans les secondes, sur l'oreillette gauche, d'abord, le ventricule droit ensuite.

L'adaptation est différente de la compensation. Ainsi dans le rétrécissement mitral, *la compensation* se produit au ventricule droit qui se dilate et s'hypertrophie pour résister à l'énorme tension de la petite circulation ou même à l'orifice tricuspidien; l'*adaptation* se fait au ventricule gauche qui se rétracte et s'atrophie.

L'hypertrophie du cœur n'est donc pas toujours « providentielle ». Le cœur ne s'hypertrophie pas pour lutter, mais parce qu'il lutte. C'est là une nouvelle condamnation du traitement systématique d'OErtel. Il faut distinguer entre l'hypertrophie simple du myocarde, et l'augmentation de volume par hyperplasie conjonctive qui conduit à la cardiectasie. L'une retarde l'asystolie, l'autre la prépare. OErtel a-t-il toujours fait la distinction entre ces cas, et n'a-t-il pas souvent aggravé la maladie en demandant à un cœur un excès de fonctionnement qu'il était incapable de donner.

Les mêmes considérations s'appliquent aux cardiopathies artérielles. Il ne faut pas vouloir toujours agir sur le cœur central lui-même : *soulager* le cœur pour le *fortifier*, tel est le principe; et on le *soulage* en diminuant les résistances périphériques, en ouvrant les voies d'écoulement sanguin, en *adaptant* tous les organes et le cœur lui-même à leur puissance fonctionnelle amoindrie.

Au lieu de chercher la compensation dans l'organe malade, il faut la chercher dans les organes sains chargés, en quelque sorte, de le suppléer. Pour un cœur atteint dans sa force contractile, ce n'est pas au myocarde qu'il faut s'adresser, puisqu'il a subi des altérations, plus ou moins profondes, mais à tout le système artériel dont il faut combattre l'état de contraction.

Ce sont là, du reste, des règles de thérapeutique générale. Dans une maladie d'organe, plus ou moins altéré, il faut, non pas rester hypnotisé devant l'organe malade, mais songer, pour la médication, à son organe compensateur: au rein et au système artériel pour le cœur, au rein pour le foie; quelquefois au cœur pour le poumon.

La cardiothérapie doit répondre aux trois ordres de symptômes observés : symptômes d'hypertension artérielle, symptômes méiopragiques, symptômes toxiques.

L'hypertension artérielle est combattue par l'hygiène et le régime alimentaire, par les mouvements actifs ou passifs, et par certains médicaments; avec cela éviter le surmenage, activer les fonctions des émonctoires, tels sont les moyens d'*adapter* l'organisme au système cardio-vasculaire, profondément atteint; Laënnec, qui s'est rarement trompé, a dit avec raison, « qu'on réussit à faire vivre de « longues années certains malades avec des affections du « cœur plus ou moins graves. »

M. Tripet. Je serais heureux de savoir si M. Huchard a nettement observé des accidents occasionnés par la méthode d'OErtel.

M. Huchard. La méthode d'OErtel est irrationnelle. Il

n'y a pas lieu, ainsi que le dit M. Potain, de rechercher l'hypertrophie compensatrice; elle se produit seule et souvent trop tôt. D'autre part, dans le retrécissement mitral l'hypertrophie ne peut se faire qu'au ventricule droit. Dans l'insuffisance aortique, elle se produit au ventricule gauche. Dans ce dernier cas, à la rigueur, le système d'Œrtel peut être bon; mais dans le premier cas on n'obtiendra rien à moins qu'on n'assiste à des accidents formidables. Il n'y a qu'une classe de malades qui se trouvent bien de cette méthode, ce sont les obèses.

M. Gautrelet. Je croyais que la méthode d'Œrtel aboutissait à créer cet état d'adaptation dont nous a parlé M. Huchard.

M. Huchard. Œrtel fait le contraire de ce que nous faisons. Il ne donne pas de l'air, et nous en donnons beaucoup, il donne des bains de vapeur. Comme lui nous prescrivons souvent un exercice méthodique, mais pas toujours. Il y a trois affections à symptômes dyspnéiques où l'exercice est impossible; ce sont : la sclérose simple, la sclérose avec angine de poitrine, et le retrécissement mitral.

La méthode d'OErtel n'aboutit souvent qu'à produire la cardiectasie. Je fais, du reste, dans certains cas, marcher mes malades sur des pentes douces. C'est la vieille méthode de Stokes.

M. Tripet. Je ne veux pas défendre OErtel, mais il me semble que par des mouvements passifs ou actifs il a obtenu des améliorations même sur des asystoliques.

M. Huchard. Comme M. Potain, je suis adversaire de la méthode d'OErtel. Celui-ci cherche toujours à produire l'hypertrophie compensatrice. Or cette hypertrophie doit se produire tantôt au cœur droit, tantôt au cœur gauche. Comment sa méthode pourrait-elle avoir cette action élective ?

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 février 1899. — Présidence de M. S. Pozzi.

Traitement de l'appendicite. — M. Quenu. Je pense que dans les quarante-huit premières heures, en présence d'une appendicite fraîchement aiguë, il faut opérer. Ainsi dans deux cas j'ai trouvé du pus dans l'un au bout de vingt-six heures, dans l'autre au bout de cinquante-six heures.

Je crois qu'il faut temporiser quand on ne voit le malade qu'au bout de cinq à six jours, à moins d'un empâtement dans la fosse iliaque.

Les indications de l'opération à froid sont tirées plutôt de la gravité que du nombre des attaques.

M. Tuffier. Les cas doivent être distingués en ceux où l'on est appelé le premier jour, ceux où l'on trouve le malade au cours d'une crise et ceux où l'attaque est terminée.

Quand on assiste au début des accidents je crois qu'il est aussi urgent d'opérer qu'en face d'une perforation intestinale ou d'une hernie étranglée. La seule raison que l'on puisse invoquer pour défendre la temporisation, c'est le désir que l'on a d'opérer à froid.

Si l'on est appelé au cours d'une appendicite, nous sommes tous d'accord pour intervenir tout de suite si l'existence d'une péritonite généralisée est évidente, mais dans les autres cas il est difficile de prendre une détermination.

M. Brun. Il est des malades qu'il faut opérer le plus vite possible, ce sont ceux où il existe une péritonite septique, avec petitesse et fréquence du pouls, faciès plombé, sans ballonnement du ventre et avec température peu élevée. En dehors de ces cas il faut commencer par le traitement médical. Si au bout de vingt ou quarante-huit heures il ne se produit pas une détente, il est alors temps d'opérer. Sur cinquante-neuf cas d'appendicite que j'ai soignés, chez des enfants, dix d'entre eux ont été opérés à chaud : chez les quarante-neuf autres le traitement médical a permis d'obtenir la résolution complète suivie d'une résection de l'appendice à froid. Sur ces cinquante-neuf malades, j'en ai perdu huit.

M. Nimier. J'ai eu recours pour huit cas d'appendicite au traitement médical dans lequel je comprends les injections de sérum artificiel. Tous mes malades ont quitté le sérvice sans avoir été opérés et aucun d'eux n'est revenu pour de nouveaux accidents.

M. Chaput. Je suis d'avis qu'on doit opérer toute appendicite aigue. L'opération est particulièrement urgente qnand on constate un seul symptôme inquiétant.

Lorsqu'il y a de l'empâtement, l'expectation est presque toujours bien supportée, car il indique des adhérences.

L'intervention à froid n'est pas plus bésigne que l'intervention à chaud. J'ai pratiqué vingt opérations à chaud sans péritonite et j'ai eu vingt guérisons. D'autre part, je suis intervenu dans dix-sept cas de péritonite et tous mes malades sont morts.

Comme M. Dieulafoy, je dis : il faut opérer d'urgence toutes les appendicites aigues parce que le diagnostic exact des lésions est impossible. L'attente aggrave les lesions, tandis que l'intervention précoce est aussi inoffensive que l'opération à froid et peut seule sauver le malade.

Résection du coude datant de 28 ans. Autopsie. — E. Ollier. Il s'agissait d'une tuberculose du coude. La résection fut suivie d'une guérison parfaite, les mouvements étaient complets, au point de vue orthopédique et fonctionnel je considérais ce résultat comme un des plus parfaits qu'on puisse obtenir.

Ce malade est mort récemment d'un cancer du rachis et j'ai pu constater l'état de sa nouvelle articulation, qui a fonctionné plus d'un quart de siècle.

Les muscles s'insèrent à leur place normale. — L'extrémité humérale s'est reformée et une saillie coracoïde s'est faite sur le cubitus pour l'insertion du brachial antérieur. Les ligaments s'étaient réinserés et formaient une véritable capsule fibreuse qui enveloppait les nouvelles extrémités osseuses.

En somme le retour à la forme normale primitive semble se faire le plus possible, et le fait que je présente vous démontre la persistance de la guérison après les résections.

Ulcère de l'estomac, adhérences. Résection et suture, Guérison. — Présentation du malade par M. Routier.

Résection de la muqueuse rectale (30 centimètres) **pour prolapsus rectal.** — Présentation du malade par M. Delorme.

Rupture du foie. Laparotomie. Guérison. — Présentation du malade par M. Hartmann.

Adhésions péricoliques. Libération. — Présentation du malade par M. Monod.

Kyste hydatique de l'extrémité supérieure de l'humérus. — Présentation du malade par M. Le Dentu.

Appendicite. Opération. Guérison. — Présentation du malade par M. Lejars.

F. Verchère

Séance du 15 février 1899. — Présidence de M. Pozzi.

Tumeurs épiploïques. — M. Reynier. J'ai déjà trouvé des tumeurs épiploïques consécutives à la cure radicale de hernies; les fils qu'on laisse doivent s'infecter secondairement, d'où l'origine de ces énormes tumeurs.

M. Anger. J'ai eu l'occasion de voir une jeune malade que l'on croyait atteinte d'appendicite et chez laquelle la laparotomie montra que le cordon dur que l'on sentait dans le flanc droit était de l'épiploon enflammé, le cœcum était sain.

M. Guinard. J'ai observé quatre cas où il y avait un gâteau dur, remontant jusqu'aux fausses côtes et qui était consécutif à des cure radicales de hernie; après laparotomie j'ai trouvé au milieu du pus des paquets de soie.

M. Reclus. Un malade de mon service qui avait été opéré d'une hernie présentait dans l'hypochondre gauche une tumeur volumineuse et très dure. Celle-ci s'est enkystée et a disparu spontanément.

M. Berger. J'ai eu après résection de l'épiploon, des collections purulentes, qui s'étaient formées autour de fils de soie laissés dans l'abdomen.

M. Pozzi. Je considère l'emploi des fils de soie dans l'intestin comme dangereux, en particulier dans le cas d'ablation des annexexes et je limite ma pratique à l'emploi du catgut qui est plus aseptique.

M. Reynier. Ces suppurations sont très tardives et ne peuvent être par suite attribuées à la soie. Celle-ci se désinfecte aussi bien que le catgut. Mais on fait des ligatures sur une trompe qui a suppuré ou sur un épiploon infecté, c'est là la cause des suppurations secondaires.

M. Hartmann. J'ai vu plusieurs fois les fils de soie suppurer dans les cures radicales; dans cette question un élément à considérer c'est la grosseur de la soie employée, la soie fine ne suppure pas comme la grosse soie.

Traitement de l'appendicite. — M. Berger. Il ne peut y avoir de solution simple applicable à l'appendicite. L'abstention systématique est dangereuse, l'opération d'emblée ne l'est pas moins.

Pendant le cours de l'accès appendiculaire, je me suis opposé à toute intervention d'emblée, car elle est fâcheuse. Certains càs pourront guérir spontanément ou sans opération, de plus les conditions de l'opération sont alors plus défectueuses. Je réserve donc l'opération pour les cas de péritonite diffuse ou quand il y a abcès intra ou rétro-péritonéal. L'expectation est certes dangereuse dans les cas où l'aggravation se fait subitement et où le malade meurt en 24 ou 48 heures. Mais les avantages de l'opération d'emblée ne compensent pas ses inconvénients.

Quant à l'appendicite à froid, je n'opère que les malades qui ont eu une poussée sérieuse. Je crois qu'on opère trop d'appendices, on en enlève d'innocents.

M. Segond. A l'encontre de M. Berger, je dirai qu'on n'opère pas assez d'appendices. Je ne veux envisager que les cas où nous ne sommes pas d'accord, ceux où l'on est hésitant. Je ne veux pour réponse citer qu'un fait, celui d'une petite malade qui fut prise de deux ou trois accès, à deux ou trois jours d'intervalle, d'appendicite, suivis d'amélioration, puis subitement d'un état général grave qui céda aussi au bout de 12 heures. Je proposai cependant l'opération et trouvai un flot considérable de sérosité trouble qui emplissait tout le petit bassin ; l'appendice situé très haut, derrière le cœcum était, énorme, gros comme le pouce, sphacélé et troué et plein de matières fécales, mais pas de pus. Je me demande ce qu'auraient obtenu ici les non interventionnistes avec l'abstention systématique? Contre de telles lésions qu'aurait fait le traitement médical?

Corps étranger du vagin ayant séjourné 6 ans. — M. Hartmann présente une petite boîte métallique qu'il a retirée du vagin d'une jeune fille de 19 ans.

Séance du 22 février. — Présidence de M. Pozzi.

Traitement de l'appendicite. — M. Michaux. Je désire ne parler que des cas où des symptômes dangereux peuvent mettre le malade en risque de mourir. La doctrine du traitement médical nous empêche d'intervenir de bonne heure, augmente le nombre des péritonites généralisées et rend moins favorable le résultat de l'intervention, aussi je suis partisan de l'opération hâtive comme seule opération de choix dans l'appendicite.

M. Gérard-Marchant. Je pense que c'est par notre statistique intégrale que l'on fera la lumière.

Sur 56 interventions, j'ai eu 5 morts.

14 opérations à froid toutes guéries.
37 aiguës avec 2 morts
5 péritonites 3 morts.

D'après les faits que j'ai très soigneusement observés, les complications qui peuvent résulter du prolongement de l'affection, je crois que l'intervention hâtive peut seule nous mettre à l'abri de tous ces dangers.

Sur mes 56 cas j'ai réséqué 14 fois l'appendice, mais n'ai pas eu à m'en repentir, et j'ajoute que je n'ai jamais détruit les adhérences productrices, car détruire ces adhérences peut amener des déchirures intestinales et par suite donne des dangers plus grands de l'intervention.

M. Hartmann défend l'intervention hâtive dès le premier symptôme et quand même.

Du masque de l'opérateur pendant l'opération. — M. Berger. Certaines infections au niveau des plaies peuvent survenir à la suite du liquide projeté par la bouche du chirurgien, des aides ou des assistants parlant autour de l'opéré. Aussi j'ai fait porter à mes aides et j'ai porté moi-même une sorte de prolongement en gaze qui remonte au devant de la figure et s'attache avec deux cordons au-dessus des oreilles.

J'ai cherché quel a été l'avantage de ce masque dans une série d'interventions, toujours les mêmes, et j'ai choisi la cure radicale de la hernie.

Depuis que j'ai employé le couvre-bouche, j'ai fait 70 cures radicales et la réunion par première intention s'est faite complètement, sauf dans deux cas où l'infection s'est faite par ouverture de la vessie et par section de l'appendice dans une ligature.

Je ne saurais donc trop recommander l'usage du couvre-bouche aux chirurgiens qui ne sauraient s'abstenir de parler pendant les opérations.

Amputation inter-scapulo thoracique. — Présentation du malade par M. Berger.

Luxation congénitale de la hanche. — Réduction par le procédé de Lorenz. — Présentation du malade par M. Monod.

F. Verchère.

MEMENTO PRATIQUE

Par le docteur F. Martz, chef des travaux de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lyon.

Principaux médicaments diurétiques

Pilules

Extrait de convallaria maïalis.	0 gr. 10
Poudre de convallaria maïalis.	0 » 05

Pour 1 pilule.

2 pilules matin et soir.

Cette préparation correspond à la spécialité connue sous le nom de *pilules Langlebert*.

Sirop

Extrait de convallaria maïalis.....	10 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	200 »

Une cuillerée à bouche matin et soir.

Ce sirop correspond à la spécialité connue sous le nom de *Sirop de Langlebert*.

Les préparations au convallaria maïalis peuvent être continuées pendant longtemps, car ce médicament ne s'accumule pas dans l'organisme.

Potion

Teinture de scille.....	1 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères .. .	30 «
Eau distillée...	100 »

Par cuillerée à bouche toutes les heures.

Pilules

Extrait de scille.	0 gr. 05
Poudre de scille.	0 » 05

Pour 1 pilule.

Une matin et soir.

Cachets

Théobromine	0 gr. 50

Pour 1 cachet,

4 par jour.

Potion

Caféine.	1 » gr.
Benzoate de soude	2 »
Sirop d'écorces d'oranges amères.	30 »
Eau.	120 »

A prendre dans les 24 heures.

Pilules (Formule de Trousseau).

Digitale pulvérisée.....	âà 0.05
Scille pulvérisée.....	
Scammonée pulvérisée....	

Pour 1 pilule.

2 matin et soir

Vin de Trousseau

Une cuillerée à bouche renferme environ 0 gr. 08 de digitale et 0 gr. 75 d'acétate de potasse.

2 à 3 cuillerées à bouche par jour.

Vin de la Charité

Une cuillerée à bouche renferme environ 0 gr. 05 de scille.

2 à 3 cuillerée à bouche par jour.

Vin de Debreyne

Une cuillérée à bouche contient environ 0 gr. 12 de jalap et de scille, et 0 gr. 25 de nitrate de potasse.

2 à 3 cuillerées à bouche par jour.

Tisane

Infusion de stigmates de mais.....	1 litre
Nitrate de potasse.....	2 gr.

A boire dans la journée.

Cette préparation peut remplacer le *sirop de Dufau*.

Boisson

Carbonate de lithine.....	0 gr. 50
Limonade gazeuse.....	500 »

A boire dans la journée.

Lavement

Nitrate de potasse.....	2 gr.
Oxymel scillitique.....	20 »
Lait....	100 »

Traitement des cancroïdes par l'acide arsénieux et l'orthoforme. — L'acide arsénieux comme caustique, et l'orthoforme comme anesthétique supérieur à la cocaïne lorsque la peau est dénudée, voilà, d'après un article du *Bulletin médical*, le meilleur moyen à employer pour guérir les cancroïdes et les diverses ulcérations cancéreuses.

On détache les croûtes au moyen de cataplasmes, on déterge en faisant saigner, on étanche et avec un peu de ouate fixée à une pince ou à un stylet, on badigeonne avec le mélange que nous allons indiquer.

On laisse sécher à l'air, on renouvelle l'application sur l'escharre même. Quand elle est devenue trop épaisse — dix à vingt jours — on l'arrache et ainsi de suite jusqu'à ce qu'elle tombe d'elle-même, la cicatrisation s'opérant seule alors.

Le traitement, très douloureux sans l'orthoforme, l'est encore avec ce dernier, mais disparaît aussitôt l'application faite.

A défaut d'orthoforme, employer la cocaïne. Voici la formule du mélange :

Orthoforme.....	âà 1 gramme.
Acide arsénieux.....	
Alcool.....	âà 40 grammes.
Eau..... .. .	

VARIÉTÉS

Les femmes médecins salernitaines.

Par Mlle Mélanie Lipinska

Une des particularités de l'école de Salerne, un moment si fameuse qu'on a voulu la comparer à l'Ecole d'Alexandrie, est la reconnaissance des femmes comme médecins.

Un moine d'Utica, Ordéric Vital (1141), auteur d'une histoire ecclésiastique publiée par Duchesne, écrit dans le troisième livre de son ouvrage :

En 1059, Rodolphe Mala Corona vint à Utica et y demeura longtemps avec l'abbé Robert, son neveu. Ce Rodolphe étudiait depuis son enfance, avec beaucoup de zèle, les lettres et se rendit célèbre en visitant les écoles de France et d'Italie pour y approfondir les choses occultes. De sorte qu'il était très instruit, non seulement en la grammaire et la dialectique, mais aussi en astronomie et en musique. Il possédait, en outre, des connaissances si étendues

sur les sciences naturelles que, dans la ville de Salerne, où depuis les temps anciens étaient les meilleures écoles de médecins, il ne trouva personne pour l'égaler, à l'exception d'une matrone savante (1).

Quelle était cette docte matrone, cette doctoresse fameuse qui égalait un homme d'une telle renommée? Probablement la célèbre Trotula dont la vie a été mise en lumière par le savant docteur napolitain Renzi (2). Cette femme célèbre vivait à Salerne sous le dernier prince lombard et, par conséquent avant l'arrivée de Constantin l'Africain, comme le prouvent des documents irrécusables. Nous possédons d'elle un livre sur les maladies des femmes écrit par un médecin venu plus tard et qui manifestement vivait au commencement du VIIIe siècle. Il avoue, dès le début, avoir extrait son ouvrage de celui de Trotula. D'autre part, en un manuscrit *De ægritudinum curatione* (Du traitement des maladies) découvert à Breslau et renfermant des extraits pris dans les leçons des professeurs qui enseignaient à Salerne, vers la seconde moitié du XIe siècle, on trouve plusieurs fragments appartenant aux œuvres de Trotula.

Ce sont surtout ces deux ouvrages qui ont permis à Renzi de reconstituer sa biographie. Les indications du livre sur les maladies des femmes ne laissent aucun doute sur la personne de son auteur. Le compilateur fait loyalement connaître l'écrivain auquel il a emprunté le fond de son livre Il dit qu'il a voulu résumer en préceptes la doctrine de Trotula, qui avait dû étudier avec le plus grand soin les maladies de son sexe. Il nous raconte même un incident de sa vie. Dans ce chapitre qui traite de la « ventosité de l'utérus », il parle d'une malade qui en souffrait beaucoup. Vu la gravité de sa maladie, elle appela Trotula « *quasi magistra operis* » comme praticienne consommée. Trotula émerveillée par la rareté du cas (caractérisé par une hernie) fit transporter la femme chez elle et l'ayant mieux examinée reconnut la cause de la maladie. Après quoi elle la guérit par des bains et d'autres remèdes. Le manuscrit de Breslau complète à merveille ces renseignements; presque tous les articles étant signés par leurs auteurs, en même temps professeurs à l'école de Salerne, ceux de Trotula portent sa signature. Cette découverte nous permet de déterminer exactement la position sociale de cette illustre dame.

Maintenant il nous faut préciser l'époque à laquelle elle vécut. C'était au XIe siècle, puisque ses collègues dont les extraits font partie du *De ægritudinum curatione* vivaient en ce temps-là. La mention de Vital est une confirmation de plus, car il est à peine possible d'admettre que la matrone dont il parle ne soit pas Trotula. Certaines particularités de ses livres contribuent également à définir l'époque. Par exemple, elle ne cite aucun auteur arabe, pas même Constantin; c'est évidemment qu'elle lui est antérieure. Passons sur d'autres détails moins convaincants. Ainsi Tiraquello (3) est persuadé que Trotula non seulement exerçait la médecine à Salerne mais aussi qu'elle y était née. Baccio (*De Scriptoribus Regni Neapol. in Grevii et Buem: Thesaurus. Script. Ital.*, t. X, pars. 1), nous donne même son nom de famille en l'appelant « Trotula ou Trottola de Ruggiero, matrone salernitaine d'une grande science, qui a écrit des livres sur les maladies des femmes et leur traitement, plus un autre livre sur la composition des médicaments. » La tradition d'après laquelle Trotula aurait appartenu à la noble famille de Ruggiero, qui s'est tant distinguée à Salerne, devait être très répandue et très ancienne. Ainsi Fabricio (*Biblioth. med. et inf. latinitatis*) la nomme *Trotula de Ruggiero Salernitana*. Et Mazza (*Histor. rei Salernit.*) non seulement lui attribue le même nom mais encore ajoute qu'elle a composé deux autres œuvres, à savoir : *De feris* (Des animaux sauvages) et *De mulierum passionibus ante et post partum* (Des maladies des femmes avant et après l'accouchement). Ces dernières indications seraient très précieuses, si Mazza avait indiqué les sources où il les avait puisées. L'évêque Della Chiesa (1) qui parle d'elle avec beaucoup d'estime, dit qu'elle a publié « deux beaux volumes » : *De morbis mulierum et eorum cura* (Des maladies des femmes et de leur soin) et *De compositione medicamentorum* (De la composition des médicaments). Renzi pose aussi une hypothèse d'après laquelle Trotula aurait été la femme de Jean Platéarius, l'ancien protoplaste de toute une souche de médecins célèbres. Nous ne reproduisons pas ses arguments, d'autant plus que cette question n'a pas grande importance,

La renommée dont jouissait Trotula est confirmée par une jolie scène que nous a laissée Rutebeuf, un des plus grands poètes de l'ancienne France.

En ce temps (XIIIe siècle), la foule était souvent attirée par des *herbiers*, marchands de simples, qui campés dans les carrefours et sur les places publiques débitaient devant une table couverte d'un tapis bariolé, à grand renfort de hâbleries, des « médicaments admirables ». Dans « *le diz de l'Erberie* » l'herboriste en plein vent débute ainsi :

« *Seigneurs qui ci-este venu,*
Petit et grant, jonc et chenu,
Il vos est trop bien avenu,
Sachiez de voir... ».

Puis la prose succédait à la poésie :

« *Bele gent, je ne suis pas de ces povres prescheurs, ne de ces povres herbiers qui portent boites et sachez, et si estendent un tapis; ainz suis à une dame qui a nom Madame Trotte de Salerne qui fait cuevre chief de ses oreilles, et li sorciz li pendent à chaainnes d'argent par-dessus les espaules.*

Et sachiez que c'est la plus sage dame qui soit enz quatre parties du monde (2)...

Mais revenons à ces œuvres. Le livre « *De Passionibus mulierum* a été imprimé plusieurs fois (3). Ses meilleures éditions portent deux titres : « *Trotulae curandarum aegritudinum muliebrium ante in et post partum liber unicus* ». Vient ensuite un prologue sur la nature de l'homme et de la femme et une explication : comment l'auteur pris de commisération, pour les pauvres femmes s'est consacrée à l'étude de leurs maladies. Suit le 2e titre : *Trotulae de mulierum passionibus ante, in et*

(1) Ordérici Vitalis Uticensis Monachi Ecclesiastic. *Histor. libri tres, ex Histor Normannor. Scriptor.* And. Duchesne, p. 177.

(2) *Storia della scuola di Salerno*, Naples.

(3) *De nobilitate.*

(1) *Teatro delle donne letterate.* Mondovi, 1620, p. 289 cité *in Malacarne*; *Delle opere dei medici che nacquero prima del secolo XII negli stati della casa di Savoia.* Turin, 1786, p. 6.

(2) A. Méray. La vie au temps des cours d'amour, Paris, 1876, p. 322.

(3) Argentorati, 1541 in-fol· ; Venise, 1551; Bâle 1566, in-4° (Dans le Gynécée de Wolff); Leipsick, 1778.

post partum, cum reliquis partui item intervenientibus liber experimentalis mirificus. (Livre merveilleux et basé sur l'expérience de Trotula dans les maladies avant, pendant et après l'accouchement avec les autres choses qui concernent les couches). Les chapitres qui suivent se présentent sous le même aspect que ceux des livres salernitains de cette époque. On y voit cités : Galien, Hippocrate, Paule, Cophon l'Ancien, un certain médecin « *in regione Franciæ* « et des » femmes salernitaines ». Jusqu'au soixante et unième il n'y a pas trace d'influence arabe, et Constantin n'est pas mentionné ; les deux derniers chapitres, très différents, en parlent au contraire et sont dus, sans doute, au compilateur. L'un a pour titre : « Eau d'une action merveilleuse pour préserver le corps humain de beaucoup d'infirmités ». Il y est question de la distillation de l'eau-de-vie et on donne des méthodes et des formules qui pourraient paraître arabes. Mais — nous le répéterons avec Malgaigne — il faut se méfier beaucoup de certaines ressemblances que l'on croit saisir entre les écrivains arabes et les arabistes, à moins qu'elles ne portent sur des questions neuves et bien déterminées. Galien était la source commune qui arrivait aux Latins, comme aux Arabes, bien que par des canaux plus détournés ; et il est impossible que des traces toutes semblables ne s'en rencontrent pas dans les uns et dans les autres. Pour ce qui est de l'alcool (*acqua vitæ*) et de la distillation, Zosime de Panopolis décrit déjà les alambics, et la distillation de l'alcool était commune parmi les Arabes, à partir du x[e] siècle (1).

L'autre chapitre traite : « *de la poudre ophtalmique qui a permis au maître Gérard de se passer des lunettes dont il se servait auparavant* ». Quel Gérard est-ce ? Renzi pense que c'est maître Gérard, médecin de l'empereur Henri VI, qui fut traité à Naples, en 1191. Le dernier chapitre de la « Trotula » daterait donc du début du XIII[e] siècle. Quand aux lunettes dont parle l'auteur, elles ne peuvent pas affaiblir ces suppositions, car, si on reporte l'origine des lunettes à la fin du XIII[e] siècle, c'est qu'il n'en avait pas été fait mention plus tôt, ce qui ne prouve pas qu'elles fussent inconnues. Celles de Trotula seraient tout simplement plus anciennes et démontreraient l'ancienneté plus grande des lunettes que Seneca même semble déjà avoir mentionnées. L'addition tardive de ces deux chapitres est admise par Malgaigne. D'ailleurs, ni le manuscrit de Breslau, ni l'édition de Venise de 1554 ne les contiennent.

Le style du livre correspond exactement à celui d'autres écrivains salernitains du XI[e] siècle et ne manque pas d'une certaine élégance. L'auteur, à part certains préjugés bien pardonnables en ce temps, montre une connaissance très suffisante de son sujet et donne un bon nombre d'exellents préceptes.

L'article sur les polypes utérins mérite surtout d'être lu. Les règles que Trotula donne au chapitre XIX sur le choix de la nourrice, sur son hygiène et sur le régime qu'il faut lui administrer, ne sont point sans valeur. Un passage semblait traiter de l'extraction de la pierre. Il s'agissait d'un sujet atteint de la pierre qui aurait été guéri par une opération analogue à la « taille de Celse » ou même à la « taille de Franco ». Malgaigne a démontré que cette prétendue extraction reposait sur une faute de copiste. L'auteur, qui est loin dans le reste du livre de se montrer partisan d'une chirurgie hardie, conseillait contre la pierre (comme cela se lit sur le M. S. 7.056 de Paris) certaines onctions ; un copiste a transformé le mot « *ungendo* » en *sugendo* » (en suçant) et quelques autres ayant voulu compléter le sens ont corrompu le texte et indiqué la plus absurde et la plus dégoutante des opérations (1).

Pourtant une autre opération y est indiquée pour la première fois ; c'est la périnéorraphie. M. Herrgott, auquel nous devons l'étude sur Aspasia, a revendiqué, en 1862, dans une lettre adressée à M. Verneuil (2), la priorité de cette opération pour Trotula. Voici le passage en question :

« Il arrive que pendant l'accouchement les parties du corps qui séparent l'anus et la vulve se déchirent de sorte que l'un et l'autre font un ; ce qui occasionne la procidence de l'utérus et son induration. Dans ce cas nous mettons doucement ce dernier en place et ensuite nous réunissons les chairs rompues par trois ou quatre sutures avec le fil de soie. Cela fait nous recouvrons la plaie d'un pansement. »

Voilà un excellent procédé de suture immédiate. Un autre passage pris dans le même chapitre : « De ce qui arrive souvent aux femmes après l'accouchement » (*De his quæ mulieribus post partum accidunt* n° XX) montre comment il faut soutenir le périnée pour éviter la rupture. Le meilleur accoucheur de nos jours n'aurait rien à changer à ces conseils :

Ad prædictum periculum evitandum eis in partu diligentissime sic providendum est : Præparetur pannus in modum pilæ oblonguæ, et ponatur in ano ad hoc ut in quolibet conatu ejiciendo puerum illud firmiter ano imprimatur, ne fiat hujusmodi continuitatis solutio.

Le livre de Trotula a son histoire et beaucoup de choses étranges ont été dites sur cette œuvre. Ainsi un érudit, plus subtil encore que les autres, découvrit que ce nom de Trotula n'était qu'une pure altération de *Eros Juliæ*, en conséquence il attribua le livre à Eros, médecin et affranchi de Julie, fille d'Auguste (3). En 1772, Gruner dans sa thèse : *Neque Eros neque Trotula sed medicus Salernitanus auctor est libri qui de morbis transcribitur* (Iéna 1772) démontra que le compilateur de ce livre était un médecin salernitain. L'étude de Choulant, relative au même sujet, contient beaucoup d'erreurs, et Renzi seul a établi la relation certaine qui existe entre l'auteur et le compilateur (lequel vécut, suivant toute probabilité, au commencement du XIII[e] siècle) et donné une bonne explication du texte.

A Breslau, dans la bibliothèque de Redinger, se trouve un codex du XIII[e] siècle, contenant l'œuvre en question. Elle est divisée en deux parties notamment : *liber de passionibus mulierum secundum Trota* et autre *Trotula minor*. D'après cela, Henschel pensa qu'il y avait deux femmes : Trota et Trotula. Mais Renzi est avec raison de l'avis qu'il ne faut pas attacher trop d'importance à ce détail (ajoutons que Trotula semble être employée ici comme un diminutif de Trota, ce qui est justifié par sa position près de l'adjectif *minor*).

Ce codex contient non seulement beaucoup de chapitres tout à fait nouveaux et inédits, mais il présente un nouvel

(1) Renzi o. c,

(1) Malgaigne : Introduction aux œuvres d'Ambroise Paré. 1840, p. XVIII XXIX.

(2) *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 417. V. aussi ses remarques à l'article de « Trotula » dans la traduction de l'« Histoire d'obstétricie » de Siebold (Paris, 1884, t. I, p. 299).

(3) La bibliothèque de Gesner, le Diction. histor. d'Eloy cit. par Malgaigne o. c.

arrangement. Tout ce qui n'appartient pas strictement à la gynécologie en est exclu, les chapitres se suivent d'une façon logique, les articles qui traitent de l'ornement de la femme sont réunis comme en une seconde partie et mis à la fin de l'œuvre. Presque tous les chapitres sont le double de ceux qui ont été imprimés et, parmi les chapitres ajoutés, il en est de fort intéressants comme : « Du mode de la génération de l'embryon ». « De la stérilité de l'homme », « Pour que la femme conçoive », « De la provocation des menstrues », « De la mort du fœtus », « Pour se débarrasser des verrues », « Sur les fistules des seins », etc. (*Catalogus codicum medici ævi medicorum ac physicorum qui manus in. Bibl. vratisl. asservantur. Auct. A. G. E. Th. Henschel. Vratislaviæ*, 1847). Le livre de Trotula jouissait d'une grande réputation. Pierre l'Espagnol dans son *Thesaurus pauperum* (Trésor des pauvres) écrit vers 1300, dans l'unique chapitre sur l'hystérie cite cinq fois Trotula (1). Les éditions imprimées se multiplièrent vite, et quant aux manuscrits ils furent sûrement très nombreux. L'édition de Venise en 1554 a été faite sur un manuscrit perdu, différent de celui d'Argentoratum, car elle contient quarante-deux chapitres au lieu de soixante-trois et ne parle ni de Gérard, ni de ses lunettes. Plusieurs manuscrits se trouvent à la bibliothèque nationale de Paris. L'un a été écrit dans les premières années du XIVe siècle (n° 696), et l'autre (n° 705) remonte au XIIIe siècle (2). Le troisième se présente sous forme d'un petit extrait *Summula secundum Trotulam* (n° 705 pièce 5) et a été attribué faussement à Roger le chirurgien. Ils varient sensiblement entre eux, mais diffèrent encore plus avec les éditions imprimées. L'auteur n'est nommé qu'au troisième. Son nom cependant se rencontre dans les deux premiers dans leur titre : *Summa quæ dicitur Trotula*. Malgré ce titre commun ce sont plutôt deux livres : la grande et la petite Trotula : *Trotula major* et *minor*. La petite ne contient guère que des recettes de toilette et d'hygiène, mais la grande est un beau recueil concernant les maladies des femmes, la grossesse, l'enfantement et même quelques affections de l'anus et de l'appareil génito-urinaire de l'homme. Dans la bibliothèque Laurentienne de Florence, Haeser (3) signale un manuscrit qui porte le titre : *Trotula in utilitatem mulierum et pro decoratione earum, scilicet de facie et de vulva earum*, enfin la bibliothèque de l'Université de Leipsick possède le manuscrit *Trotula bona matrona de passionibus mulierum* (4). Les deux fragments qui nous restent des œuvres de Trotula faisaient-ils, — comme pensent Renzi et Beaugrand, — partie d'un grand ouvrage traitant magistralement des différentes branches de la médecine pratique ? Il est permis de le penser quoique toute preuve fasse défaut. Le fragment des écrits de Trotula trouvé à Breslau est très mutilé, mais pur d'additions et d'interpolations. Il est formé, comme nous l'avons dit d'extraits pris dans le livre *De ægritutinum curatione* du *compendium* de Salerne. Ces extraits se réduisent à quatorze, mais la diversité des sujets dont ils traitent montre qu'ils sont tirés d'un ouvrage fort étendu, comprenant toute la pathologie et une longue exposition du traitement approprié.

Les sujets (5) sont :

1. *De epilepsia.*
2. *Contra ictum oculorum.*
3. *De rubedine oculorum,*
4. *De oculis.*
5. *De oculis lacrymosis.*
6. *De dolore aurium.*
7. *De gingivis.*
8. *De dolore dentium.*
9. *De pleuresi.*
10. *Ad excitandum vomitum.*
11. *De dolore intestinorum.*
12. *De torsione ventris.*
13. *De ventris solutione,*
54. *De lapide in renibus.*

Rien, dans les recettes, qui dénonce la superstition ou la futilité, partout se dénote le praticien expérimenté ; c'est bien l'œuvre de la *Sapiens matrona*, dont parle Ordéric Vital (1).

Il est certain qu'en même temps que Trotula nombre d'autres femmes exerçaient la médecine dans le duché de Salerne. Les *mulieres Salernitanæ* sont citées à maintes reprises dans les œuvres contemporaines.

On trouve dans la compilation sus-indiquée de Trotula l'onguent contre l'érythème provoqué par le soleil, contre les rhagades, les pustules ou les macules et aussi contre les excoriations du visage « dont se servent les femmes salernitaines » Plus loin on lit : « les femmes salernitaines mettent de la racine de bryone dans le miel et avec ce miel oignent la face. Après quoi la peau rougit merveilleusement. »

« *Circa instans* », livre médical du XIIe siècle, dû à la plume de Platearius le premier, mentionne deux fois la mère de Jean Platéarius qui exerçait la médecine. En outre il contient toute une série de prescriptions de « femmes salernitaines ». Dans l'article *Bernix* il indique un cosmétique qu'elles emploient. Dans l'article *Ciclamen* se trouve une prescription contre le papillome des parties génitales, et contre les hémorrhoïdes (« une femme salernitaine démontre que le suc de cette plante est bon contre tous les ficus »), puis une autre contre les physconies (gonflement de l'abdomen) spléniques. Dans l'article « Papaver » (Pavot) elles recommandent un calmant dans le *calamentum* un astringent utérin ; à l'article « Pariétaire » un calmant des douleurs abdominales ; au *Spica* Platéarius parle de leurs formules pour suppositoires; à l'article *Terra sigillata* nous trouvons un remède contre la sécheresse et l'âpreté des cheveux ; au *Tetrahit* (espèce d'herbe, galéope piquant), un autre contre la strangurie et la dysurie ; enfin dans l'article « onguent citronné » se lisent encore de leurs prescriptions.

En un autre livre intitulé *Practica brevis*, on cite les femmes salernitaines en parlant de l'expulsion des moles hydatiques.

Le commentaire de Bernard le Provincial sur les Tables de maîtres salernitains, commentaire écrit probablement au milieu du XIIe siècle, contient de nouveaux renseignements sur la pratique des femmes salernitaines, tout en confirmant plusieurs de ceux que nous fournissent le *Circa instans* et la *Practica*.

Dans Bernard nous trouvons leur « pain des anges » et « hosties de la louange » dont le suc de tithymale faisait la base, et qui étaient destinés à combattre les maladies en-

(1) Choulant : *Historisch. literr. Jahrbuch*, p. 3.
(2) Renzi o. c. I 259.
(3) *Geschichte der Medicin*, 3e éd. I. 663.
(4) Choulant : *Hist. litt. Jahrbuch*, p, 3.
(5) Publiés dans la collection Salernitana, II, 81-87. Naples 1843.

(1) Renzi I, p. 159-160.

gendrés par le phlegme ; leur préparation de poudre d'euphorbe et d'œufs contre les engelures ; leur prescription du galbanum contre la suffocation ; l'emploi, comme le conseille aussi Trotula, de la spatule (asa fétida) ou de la vigne vierge macérées dans le miel « pour réparer des ans l'irréparable outrage »; des onguents contre la paralysie, des fumigations avec des vapeurs d'antimoine pour la toux, ou celles de feuilles d'olivier pour les enfants paralytiques ; des onctions d'aloès macéré dans l'eau de rose contre les tuméfactions de la face, surtout contre celles qui ont une origine venteuse ; et bien d'autres recettes.

Bernard nous apprend également que les femmes de Salerne savaient mettre à profit leurs connaissances botaniques pour se livrer à de petites malices : par exemple, après avoir saupoudré des roses avec de l'euphorbe, elles les faisaient sentir aux jeunes gens, qui ne manquaient pas d'éternuer d'une façon déplorable, aux grands applaudissements de ces charmantes espiègles (1).

Les historiens Mazza (2). Castelamala (3) et Toppi mentionnent sans indiquer l'époque où elles vivaient, les Salernitaines : Abella, qui se fit une grande réputation avec des ouvrages : *De Atrabile* et *De natura seminis humani* ; Mercuriade qui s'occupait de chirurgie, autant que de médecine et à laquelle Mazza attribue quatre ouvrages intitulés: *De crisibus, De febri pestilenti, De curatione vulnerum, De unguentis* ; enfin, Rebecca Guarna considérée à tort par Landau (4) comme une juive, car elle était de la célèbre famille salernitaire de Guarna, famille ayant donné à la ville un prélat éminent, Romuald (1154), à la fois prêtre, médecin et historien. Suivant Mazza elle aurait composé des traités : *De febribus, De urinis*, et *De embryone*. Tous ces traités étaient écrits, à la mode de ce temps, en vers.

Dans le registre angevin des *Archives Royales napolitaines* (Reg. 1321-1322, lettre A, n. 240 feuille 255) se lit un curieux document relatif à une femme salernitaine qui exerçait la chirurgie. Le 10 septembre 1321 Charles, duc de Calabre, accorda la permission doctorale de la chirurgie à Françoise, femme de Mathieu de Romana de Salerne, après avoir reçu un certificat public de l'Université de Salerne, constatant qu'elle possédait des connaissances solides en chirurgie et qu'elle avait passé un examen devant une commission des médecins et chirurgiens. Le passage suivant en est assez intéressant : « Comme pourtant la loi permet aux femmes d'exercer l'emploi des médecins et qu'en outre, vu les égards de l'honnêteté des mœurs, les femmes se prêtent mieux au traitement des femmes malades; après avoir reçu le serment de la fidélité nous lui permettons... etc. (5). »

Au xv^e^ siècle Constance Calenda, fille de Salvator Calenda doyen de la faculté de médecine de Salerne vers 1415, puis doyen de la faculté de Naples, instruite soigneusement par son père, obtint les honneurs du doctorat médical. Les archives de Naples contiennent la permission que lui donna le roi d'épouser le seigneur Baltasare Sante Mango (6).

(1) Ecole de Salerne, trad. de Meaux Saint Marc, introduction du D^r^ Daremberg, p. 20-21.

(2) Mazza : *Rerum Salern. Hist. ex Graev. thes.* t.. IV., p. IV.

(3) Castelamala : *L'amor della patr.*

(4) Landau : Geschichte der jüdischen ärzte. p. 30.

(5) Renzi, Coll. Sal.,III,p.338.

(6) *Reg. Archiv.*, 1423,fol. 20, cité par Renzi, III, p. 343. Origlia Istoria dello studio di Napoli, Naples 1853) écrit Santo Manco.

Les petits médecins des campagnes (1).

L'autre petit docteur qui réside au village
N'est point en général un brillant personnage :
Dans son logis, sa mise, est assez peu coquet,
S'habille de gros drap, et même de droguet.
Lorsque durant l'hiver le vent du nord le pique,
Il se met à l'abri sous une peau de bique.

Les pieds dans des sabots ou des souliers ferrés,
Il brave les cailloux des chemins empierrés :
Si la course est trop longue, il prendra pour carrosse
Un vieux cabriolet traîné par une rosse,
Qu'en maître très humain fort rarement il bat,
Qui trotte... quelquefois, et quelquefois s'abat
Sans se faire grand mal, car, ne courant pas vite
Pour un genou pelé la bête en sera quitte.
Le bon paysan, qui d'un docteur a besoin,
Par un bruit de ferraille est averti de loin
Que son sauveur arrive avec son équipage,
Et s'empresse d'aller l'arrêter au passage.
Le docteur campagnard ne connaît qu'un rival
Qui marche autant que lui, c'est le facteur rural.
En juin comme en janvier, qu'on grille ou bien qu'on gèle
On les voit tous les deux emportés par leur zèle.
Et quelquefois ensemble, arpenter les chemins
Qui dirigent leurs pas vers les pays voisins.
Ils ont encore entr'eux une autre ressemblance,
C'est de très rarement atteindre à l'opulence.
Le facteur, on le sait, de nos gouvernements
Ne recevra jamais de gros émoluments
Mais il touche du moins à jour fixe sa rente,
N'a rien à débourser pour cheval et patente ;
Le docteur semble avoir de plus beaux revenus
Mais supporte des frais aux facteurs inconnus.
D'ailleurs pour le paiement toujours il doit attendre
Que son débiteur puisse à la foire aller vendre
Du blé, du foin, sa vache, ou quelque gras pourceau :
Surtout à notre époque, on est pauvre au hameau ;
Et si le bon fermier parfois nous semble avare,
C'est que le numéraire en sa bourse est trop rare.
Et que de fois il faut traiter un indigent,
A qui l'on ose point réclamer de l'argent !
Le pouvoir généreux, mais surtout en parole,
Pour payer ces soins-là jette quelques oboles
Au docteur honoré du nom de cantonal.
Cette enviable charge, emploi municipal,
Lui confère le droit trop dépourvu de charmes
De saigner et purger gratis nos bons gendarmes.
Enfin après trente ans de services loyaux
Il apprendra, peut-être, en lisant les journaux,
Que médaille de bronze ou palme académique
Va couronner bientôt son mérite civique,
C'est encore assez rare, à moins qu'il n'ait été
L'électeur influent de quelque député.
Ah ! qu'un billet soyeux de la Banque de France
Au décoré serait plus utile, je pense ;
Il gagne peu de chose, et ses besoins sont grands :
Trop heureux quand il a reçu de ses parents
Quelques lopins de prés, quelques arpents de terres !

(1) Extrait d'un livre récemment publié à un très petit nombre d'exemplaires, par le D^r^ Collin, médecin des mines d'Epinac.

Grâce aux divers produits des champs héréditaires,
Il pourra se nourrir et nourrir son coursier
Sans mendier ses dus vainement par huissier.
Les caisses de secours, invention nouvelle,
Sont un autre fléau pour son humble escarcelle
Qu'elles n'emplissent guère, et puis pour son repos
Qu'on viendra désormais troubler à tout propos.
L'invention sans doute était chose louable,
Et le pauvre docteur, aux pauvres secourable,
Pour un salaire, hélas ! imprudemment réduit,
Accorda son secours et de jour et de nuit.
Pouvait-il donc prévoir que son client champêtre
S'habituerait si vite à lui parler en maître !
Qu'il viendrait le quérir et d'un air impudent,
Aux heures du sommeil, pour quelque mal de dent!
Lève-toi, médecin, subis ta destinée,
C'est un sociétaire à deux francs par année !
Pour combler la mesure, aux pauvres villageois
Se sont joints nos marchands, et même nos bourgeois !
Parés du nom pompeux de membres honoraires,
Mais ne négligeant pas le soin de leurs affaires,
Ils ont su promptement utiliser pour eux
Le zèle exagéré d'hommes trop généreux.
Plus exigeants encor qu'un pauvre de village,
Ils osent sans rougir tirer grand avantage
D'un titre qu'ils avaient soi-disant accepté
Par amour pour le bien, par pure humanité ;
Nombre de fois par mois, et même par semaine,
Du malheureux docteur ils exploitent la peine
Et pensent s'acquitter envers lui grandement
En payant à leur caisse un maigre abonnement.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Les candidats du concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux sont au nombre de 69.

MM. Achalme, Apert, J. Auclair, Auscher, Aviragnet, — Beaumé, Belin, Bensaude, Bergé, F. Bezançon, Boix, L. Brodier, G. Brouardel, Bruhl, — Charrier, Claude, Coffin, — Dufour, Dupré, — Enriquez, — Fauquez, L. Fournier, — Gallois, Gasne, Gastou, Gouget, de Grandmaison, — Hudelo, Hulot, — Kahn, — A. Laffite, Lamy, Lantzenberg, Legry, Leredde, Ch. Lévi, L. Lévy, Londe, G.-R. Lyon, — Macaigne, Magdelaine, Mangin-Bocquet, R. Marie, Michel, Michel-Dansac, de Massary, — G. Papillon, H. Papillon, Péron, Philippe, Phulpin, Pignol, Plicque, Potier, — Renault, — Sallard, Sée, Sergent, Sottas, Soupault, Springer, — Teissier, Thérèse, Thiercelin, Thomas, Tissier, Tollemer, — Veillon, — Zuber.

Par arrêté ministériel du 4 février 1899 :

M. Chaslin est nommé médecin du service du quartier des aliénés à l'hospice de Bicêtre pour prendre rang du 1er janvier 1899.

MM. Polaillon, ancien chirurgien de l'Hôtel-Dieu ; Périer, ancien chirurgien de l'hôpital Lariboisière ; Anger, ancien chirurgien de l'hôpital Beaujon, sont nommés chirurgiens honoraires des hospices et hôpitaux de Paris.

M. Rigal, ancien médecin de l'hôpital Beaujon, est nommé médecin honoraire des hospices et hôpitaux de Paris.

— La subvention accordée par le Conseil municipal à l'Assistance publique pour les études médicales s'élève à la somme de 91.700 francs se décomposant comme suit :

1° Bibliothèque médicale des hôpitaux et hospices : 21.300 fr. dont 14.300 pour les bibliothèques des internes en médecine ; et 7.400 pour les internes en pharmacie.

2° Laboratoires des hôpitaux : 58.700 fr., dont 6.000 au laboratoire de photographie et de radiographie de la Salpêtrière ; — 3.800 à M. Robin, à la Pitié ; — 3.500 à M. Tenneson, à Saint-Louis, et à MM. Hutinel et Jalaguier, pour leur laboratoire commun des Enfants-Assistés ; 3.000 au laboratoire de l'hôpital Boucicaut, commun aux trois chefs de service ; — 2.000 à M. Landouzy, à Laënnec ; — 2 900 à MM. Fernet, à Beaujon ; Kirmisson, à Trousseau ; Cornil, à l'Hôtel-Dieu ; Ballet et Gaucher, à Saint-Antoine ; — 1 800 à MM. Babinski, à la Pitié ; du Castel, à Saint-Louis ; Brocq, à Broca ; Blum, à Saint-Antoine ; Chantemesse, au bastion, 29 ; — 1.500 à MM. Bazy, à Beaujon ; Gouguenheim, à Lariboisière ; Porak, à la Maternité ; Déjerine, à la Salpêtrière ; Maigrier, à la Charité : Monod, à Saint-Antoine ; — 1.200 à MM. Hallopeau, à Saint-Louis ; Gilbert, à Broussais ; Lepage, à la Pitié ; Renaut, à Ricord ; Reynier, à Lariboisière ; Roger, à Aubervilliers ; Widal, à la Maison de santé ; — 500 à M. Bourneville (fondation Vallée).

3° 9.000 fr. aux bourses de voyage pour études à l'étranger, de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie.

4° Amphithéâtre : 2.400 fr. pour frais d'études physiologiques.

Congrès de déontologie en 1900. — Dans sa séance du 21 février 1899, la Société médicale du Louvre (1er et 2e arrondissements) a voté à l'unanimité l'ordre du jour suivant :

La Société médicale du Louvre regrette qu'un groupe de médecins ait cru devoir organiser pour 1900 un Congrès international de déontologie en dehors des Sociétés médicales, pense que le Congrès ainsi constitué n'aurait pas l'autorité suffisante et propose de s'adresser aux autorités compétentes pour revenir sur cette organisation.

Hôpitaux de Paris. — En raison des obsèques de M. le Président de la République, qui doivent avoir lieu aujourd'hui jeudi, la séance de distribution aux externes de 1re année (première moitié de la liste) des cartes de placement dans les services hospitaliers est remise demain vendredi 24 février à 1 h. 1/2, et pour la seconde moitié de la liste au samedi 25 février à 2 heures 1/2.

Nouvelles chaires à la Faculté de médecine de Paris. — La Commission nommée par le Conseil municipal pour établir des relations entre la Ville et l'Université de Paris s'est réunie hier à l'Hôtel de Ville.

Elle a décidé, à l'unanimité, de proposer au Conseil la création, à la Faculté de médecine, de deux nouvelles chaires l'une de clinique gynécologique et l'autre de clinique de chirurgie infantile.

Ces deux enseignements, qui existent dans toutes les facultés étrangères et même dans certaines facultés de province, faisaient totalement défaut à Paris.

M. André Lefèvre a été nommé rapporteur.

Faculté de médecine de Lille. — Le Conseil de l'Université de Lille vient de créer un cours complémentaire de laryngologie à sa Faculté mixte de médecine et de pharmacie.

Ecoles de médecine. — Par arrêté ministériel, en date du 6 février 1899, dans les Ecoles de plein exercice et pré-

paratoires de médecine et de pharmacie situées en dehors du siège des Universités, les cours libres sont autorisés par le recteur, après avis du Conseil de l'école.

Ecole de médecine de Poitiers. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale s'ouvrira le 1er mai 1899 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Conseil de surveillance de l'assistance publique. — M. le Dr Rotillon, médecin du Bureau de bienfaisance du Xe arrondissement de Paris, est nommé membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris, comme représentant des médecins du traitement à domicile.

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle, en date du 12 février 1899, M. le médecin aide-major de première classe Matignon, hors cadre, attaché à la Légation de France en Chine, est inscrit d'office au titre des missions au tableau d'avancement pour le grade de médecin-major de deuxième classe, établi à la suite de l'inspection générale de 1898.

Par décision ministérielle, en date du 26 janvier 1899, M. Zumbliehl, médecin-major de deuxième classe, a été mis à la disposition de M. le ministre des affaires étrangères pour être attaché à la mission militaire au Maroc.

Mise en adjudication des soins médicaux. — Un certain nombre de médecins de la ville de Lyon, dit l'*Echo médical* de Lyon, ont reçu un projet de convention relative au service médical du personnel civil de la Direction d'artillerie de Lyon, ainsi qu'à la visite journalière de l'arsenal de la Mouche (et le même projet a été envoyé à d'autres médecins pour les autres arsenaux).

Cette convention concerne :

1° Le personnel civil domicilié dans le IIIe arrondissement de la ville de Lyon, au nombre d'environ 442 ;

2° Le personnel civil de l'arsenal de la Mouche (Visite journalière des malades provenant dudit arsenal occupant actuellement 245 ouvriers).

La convention ci-jointe sera ouverte au Conseil d'administration, elle devra être retournée sous double enveloppe pour le 26 novembre courant, à dix heures du matin au plus tard.

L'enveloppe intérieure devra porter la mention suivante : « Convention pour le service médical ».

Voici la convention :

GOUVERNEMENT MILITAIRE de Lyon

—

PLACE DE LYON

—

Lyon, le 18 novembre 1898,

DIRECTION D'ARTILLERIE DE LYON

CONVENTION passée en exécution de l'Instruction du 28 août 1898, pour l'application du décret du 26 février 1897, entre le Conseil d'administration de la Direction d'artillerie de Lyon et M. X..., docteur en médecine.

Entre :

Le conseil d'administration et M. X..., docteur en médecine, il a été convenu ce qui suit :

M. X..., docteur, s'engage à assurer le service médical du personnel civil de la direction d'artillerie de Lyon, domicilié dans le IIIe arrondissement de la ville de Lyon, ainsi que la visite journalière de l'arsenal de la Mouche, en se conformant pour les détails aux ordres du directeur et à l'instruction ministérielle insérée au n° 26 du Bulletin officiel, P. R., page 103, pendant une année à dater de l'approbation de la présente convention.

Elle sera exécutoire à dater du jour de la notification de son approbation au docteur soussigné par le colonel directeur d'artillerie à Lyon.

Les visites à domicile seront payées à l'abonnement annuel à raison de :... par ouvrier.

La visite journalière à passer à l'arsenal donnera lieu à un supplément de :... par ouvrier payé également à l'abonnement annuel.

La visite de nuit passée entre neuf heures du soir et six heures du matin est taxée à...

Pour les grandes opérations, les ouvriers sont hospitalisés, quelle que soit l'origine de la maladie.

Tout service ordonné et non exécuté sera aux frais, risques et périls de M. le Dr X., par les soins vigilants de la direction d'artillerie.

La présente convention est passée pour une année. Toutefois, si le service médical ainsi organisé venait à être supprimé, la présente convention cesserait de plein droit sans indemnité.

Les frais de timbre et, s'il y a lieu, d'enregistrement, ainsi que les frais de timbre relatifs aux paiements trimestriels sont à la charge du docteur soussigné.

En somme l'Etat met en adjudication une nouvelle fourniture, qui s'appelle « soins médicaux », au lieu de grains, pains, vins, etc. Elle subit la loi des adjudications, c'est-à-dire qu'elle est accordée au commerçant qui fait le plus fort rabais. Le médecin approuvé ne peut-être que le moins offrant. La commission d'artillerie ne s'occupe pas, en effet, des titres, des services hospitaliers, etc., du signataire de la convention, mais uniquement du prix de l'abonnement de la visite, de l'opération de petite chirurgie. Elle n'a, du reste, pas qualité pour être juge de la valeur scientifique d'un médecin ; elle n'en peut connaître que la valeur vénale. Une solution basée sur d'autres conditions qu'un tarif d'honoraires semblerait plus convenable pour notre dignité personnelle et pour l'intérêt de l'Etat.

Hôpitaux de Rouen. — Le concours pour la nomination de deux médecins-adjoints des hôpitaux, ouvert le 2 février à l'Hospice-Général, s'est terminé par la nomination de MM. Hébert et Salles.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes, Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. CHEVALLEREAU.

aris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*